Lane Medical Library

Über einen Fall von Darmruptur durch Selbsttaxis bei incarcerierter Schenkelhernie

nebst Bemerkungen über Reposition eingeklemmter Brüche und Herniotomie im Allgemeinen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 30. September 1898,

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Arthur Thielert

aus Steinau a. d. Oder.

Opponenten:

Herr Dr. med. Gustav Grape, Assistenzarzt an der psych. Klinik.

Herr Dr. med. Hugo Schmidt.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1898.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0072

So oft auch schon darauf hingewiesen wurde, dass die Herniotomie, sachgemäss und unter antiseptischen Cautelen ausgeführt, nicht nur bei eingeklemmten Brüchen verschiedener Art der einzig sichere und zeitgemässe Weg ist, sondern auch in gewissen Fällen selbst bei nicht eingeklemmten Hernien empfohlen werden darf — immer noch scheut sich vor dem blutigen Eingriff der grösste Teil der bruchkranken Patienten und leider auch eine Anzahl praktischer Ärzte, wenn sich letztere auch von Jahr zu Jahr verringert.

Die Fälle, wo Bruchkranke, um dauernd von ihrem störenden Leiden befreit zu werden, selbst die Radikaloperation beantragten oder sich in ihrem Interesse ohne weiteres dazu überreden liessen, sind zu zählen!

In der Regel wird dieser Schritt bis zum letzten Augenblick hinausgeschoben, und es kommt erst dann zur Herniotomie, wenn der Bruch sich plötzlich nicht mehr reponieren lässt und wenn als Zeichen der Darmeinklemmung kolikartige Leibschmerzen, Kotherbrechen usw. auftreten.

Bei vielen Patienten besteht namentlich infolge der Versprechungen von Naturärzten und der günstigen Prospecte ihrer Heilanstalten die trügerische Hoffnung, der Bruch könne „bei geeigneter Behandlung“ von selbst und für immer heilen. Freilich, es giebt Fälle, wo

einmal auf irgend eine Weise durch Verwachsung besonders bei sehr enger Bruchpforte dauernde Heilung erfolgte, aber das Warten auf eine derartige Naturheilung muss, ausgenommen vielleicht bei jugendlichen Individuen, als ein Glücksspiel bezeichnet werden. Die meisten Bruchkranken jedoch haben sich an ihren Bruch so gewöhnt, dass schliesslich eine gewisse Indolenz herbeigeführt wird und der Wunsch, dauernd von diesem Übel befreit zu werden, garnicht aufkommt, abgesehen von der erklärlichen Scheu vor jeder blutigen Operation.

Früher oder später tritt dann einmal der Moment ein, wo der Bruch „nicht mehr zurückgeht". Mit Hartnäckigkeit bestehen die Patienten, oft seit Jahren gewöhnt, ihren Bruch selbst zu reponieren, auf der unblutigen Reposition. Nur weil es ihnen diesmal nicht selbst gelang, ging man überhaupt zum Arzt! Erst wenn fortgesetzt heftige Schmerzen und Ileus auftreten, wird die Sache eine andere.

Häufig genug kommt es vor, besonders bei Darmwandbrüchen (Littré), dass Flatus und Faeces abgehen und auch die übrigen Symptome der Darmeinklemmung nicht sofort durch ihre Heftigkeit beunruhigen. Hier stösst das Drängen des behandelnden Arztes zur rechtzeitigen Herniotomie auf grosse Schwierigkeiten, und gerade hier ist die Taxis am gefährlichsten! Gelingt auch die Reposition (selten!), so wird oft der in der Regel schwer geschädigte Darm nachträglich gangränös. Aber es kann namentlich bei forcierter Reposition auch zu sofortiger Ruptur kommen!

Die Scheu vor der Herniotomie von Seiten der Patienten und von Seiten praktischer Ärzte lässt sich auf folgende vier Faktoren zurückführen:

1) die Furcht vor jeder blutigen Operation und die Hoffnung auf Naturheilung.

(Hier kommen die Versprechungen der Naturärzte und die wenigen Fälle in Betracht, wo thatsächlich mehr oder weniger durch Zufall eine solche erfolgt ist.)

2) die Unterschätzung der Gefahren der Taxis.

(Hier spielt der vorhin erwähnte Umstand, dass viele Patienten oft jahrelang ihren Bruch selbst reponiert haben, eine Rolle, ferner die oft genug glücklich ausgeführte Reposition seitens des Arztes selbst in schwierigen Fällen.)

3) die Statistik über Herniotomie.

(Man hat erst in neuester Zeit begonnen, die Resultate der Herniotomie bei rechtzeitig operierten und bei verschleppten Fällen zu sondern.)

4) die mancherlei Operationsschwierigkeiten in der Praxis.

(Hierzu kommt, dass der praktische Arzt besonders bei verschleppten oder schwer zu diagnosticierenden Fällen infolge begreiflicher Verhältnisse die Gefahren einer evtl. sofort im Anschluss an die Herniotomie nötigen Laparotomie und Exenteration nicht auf sich nehmen mag.)

Bei der Häufigkeit der Hernien, bei der grossen Gefahr, die oft im Verzuge liegt, muss jedoch die genaue Kenntnis und rasche Ausführung der Herniotomie von

jedem praktischen Arzte verlangt werden können. Dagegen ist selbstverständlich die Überführung in ein grösseres Krankenhaus durchaus gerechtfertigt, wenn die Gelegenheit günstig ist.

Jedes Lehrbuch nennt als üble Ereignisse bei unzweckmässiger Taxis:

a) Reposition des Bruches als Ganzes, wobei also Bruchinhalt und Bruchsack hinter die Bruchpforte reponiert werden (Reduction en masse)

b) Reposition eines bereits gangränösen Darms.

c) Darmruptur bei einer zu gewaltsamen Reposition.

Zu dem letzen Punkte sei bemerkt, dass die Zerreissung eines frischen und (abgesehen von der Einklemmung) normalen Darmes wohl in den seltensten Fällen, nur bei ganz roher Taxis in Narkose als möglich anzunehmen ist, das Gewöhnliche dürfte vielmehr die Ruptur des bereits geschädigten Darmes sein. Auf einen Umstand aber, welcher sehr geignet ist, bei forcierter Reposition einen Darmriss zu veranlassen, soll hier besonders aufmerksam gemacht werden — dies ist das Vorhandensein der so häufigen Verwachsungen. Soweit dem Verfasser dieser Arbeit die Litteratur über Fälle von Darmruptur bei der Taxis incarcerierter Hernien zugänglich war, ist das Vorhandensein von Verwachsungen als Grund derartiger Darmverletzungen noch nicht erwähnt, jedenfalls aber nicht besonders hervorgehoben worden. Die folgende Schilderung eines solchen Falles, der mir durch die Güte des Herrn Prof. Tilmann überlassen wurde, wird jedoch zeigen, von welcher Bedeutung gerade dieser Umstand war:

Patientin, Marie N., unverehelicht, 54 Jahre alt, aus Greifswald, aufgenommen am 23. August d. J., giebt an, ihr sei heute um $7^1/_2$ Uhr morgens ein seit längerer Zeit bestehender Bruch rechterseits ausgetreten. Sie habe denselben, wie schon wiederholt, reponiert. Gleich darauf seien heftige kolikartige Leibschmerzen aufgetreten. Stuhlgang und Winde seien nicht mehr abgegangen, dagegen habe sie fortwährend gebrochen, weshalb sie am Nachmittag die Klinik aufsucht. Beim Austritt der Hernie will Patientin schon Schmerzen gehabt haben. Dann hat sie mit „ziemlicher Gewalt“ reponiert. Die Schmerzen seien nach der Reposition heftiger geworden.

Status praesens:

Mittelgrosse Frau von mittlerem Ernährungszustand.

Bei der Einlieferung ins Krankenhaus klagt Patientin über heftige Leibschmerzen, die sich im Epigastrium und nach des Fossa iliaca dextra zu am intensivsten lokalisieren. Doch ist der ganze Leib schmerzhaft. Patientin stöhnt fortwährend.

Puls 90, klein. Aussehen sehr leidend, verfallen.

Erbrechen ist im Laufe des Tages wiederholt aufgetreten, bei der Aufnahme erbricht Patientin ebenfalls. Winde sind heute nicht mehr abgegangen.

Leib mässig aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft.

In der rechten Schenkelbeuge einwärts vom Austritt der Gefässe unterhalb des Lig. Poup. eine kleine Anschwellung, die sich anfühlt wie der leere Bruchsack eines Schenkelbruches. Eine gleiche Anschwellung auf der linken Seite.

5 Uhr Nachm. Op. Chl. N. Herniotomie des Schenkelbruches rechts. Isolierung des vollkommen leeren Bruchsackes. Kein Bruchwasser. Sehr verdickte Wandung. Inneres Blatt zeigt die Spuren einer anscheinend frischen Entzündung. Nach der Bauchhöhle zu sehr enger Bruchsackhals. Spaltung desselben bis zum Lig. Poup. Bei der Spaltung des Bruchsackhalses, der von oben vollkommen freigelegt war, kommt plötzlich eine grössere Menge dunklen Blutes zum Vorschein, sodass zunächst der Gedanke an die Verletzung eines Venenastes auftaucht. Bald jedoch treten durch die nunmehr noch weiter gemachte Öffnung Blutcoagula in grösserer Menge hervor.

Tamponade der Wunde. Laparotomie vertikal oberhalb des Bruchschnittes bis ans Lig. Poup. heran. Bei Eröffnung des Peritonemus treten stark meteoristische Dünndarmschlingen aus der Wunde hervor. Daneben flüssiges Blut und Coagula.

An einer Dünndarmschlinge, die dicht oberhalb des Bruchsackes lag, die Spuren der Einklemmung, Cyanose und Schnürringe. Am abführenden Teil dicht am Peritonealabsatz ein erbsengrosser Riss in der Darmwand, aus welchem ein Gefäss blutet. Die Schleimhaut wölbt sich stark nach aussen hervor. In der Gegend des Risses sieht der Peritonealüberzug wie facettiert aus und blutet es wohl aus kleinsten Öffnungen. Das Darmstück ist augenscheinlich verwachsen gewesen, und diese Verwachsung ist plötzlich und gewaltsam zerrissen. Isolierung der Darmschlinge durch Tücher. Aus dem

Darmlumen lässt sich eine Menge dicken, schwarzen Blutes herausdrücken. Umstechung des blutenden Ge-Gefässes. Darmnaht. Exenteration des ganzen Dünndarms, von dem ein Teil vollkommen collabiert ist. Überall sind auf die Darmwand und das Mesenterium Blutcoagula aufgelagert. Abwaschen des ganzen Darms mit steriler Kochsalzlösung. Naht des Peritoneums mit Catgut, der Bauchwunde mit tiefen Seidennähten. Herniotomiewunde bleibt offen, Jodoformtamponade.

Puls klein. Kochsalzinfusion ($^1/_2$ Lit.) in die Mamma. Lagerung mit niedrigem Kopf. Nach dem Erwachen aus der Narkose Klagen über Leibschmerzen. Zur Nacht 0,01 Morphium subkutan.

24. VIII. Morgens Temp. 37,6. Nacht trotz Morphium nicht geschlafen. Noch immer Klagen über Leibschmerzen. Puls 88, leidlich gut. Abends Temp. 37,5. Allgemeinbefinden leidlich. Kein Erbrechen aufgetreten. Leib weich. Catheterismus wegen Retentio urinae. Opium dreimal täglich 10 Tropfen.

26. VIII. Bisher keine Winde, kein Stuhlgang. Etwas stärkerer Meteorismus. Opium ausgesetzt. Darmrohr. Gegen Abend Einlauf. Darauf Winde und etwas Stuhlgang. Urin spontan. Abendtemp. 38,0.

29. VIII. Bisher täglich Stuhlgang und Winde. Verbandwechsel. Bauchwunde reaktionslos. Tampon an der Herniotomiewunde etwas gelockert. Abendtemp. 38,5.

1. IX. Verbandwechsel. Tamponade der Herniotomiewunde vollkommen entfernt. Keine Sekretion. Laparatomiewunde bis auf eine Stichkanaleiterung

reaktionslos. Täglich Stuhlgang, dabei aber permanent Klagen über Schmerzen im Leibe. Manchmal Urinretention. Temperaturen um 38,5.

4. IX. Temperaturen bleiben hoch. Untersuchung per vaginam ergiebt eine schmerzhafte Resistenz im rechten hinteren Scheidengewölbe. Da heute die Morgentemp. 38,0 Op. Chl. N. Steinschnittlage. Vorziehen des Scheidengewölbes mit Kugelzange. Probepunktion ergiebt eine blutig gefärbte, stark übelriechende Flüssigkeit, Einstellung durch Specula. Incision neben der Probepunktionsnadel. Eingehen mit der Listerzange und stumpfe Erweiterung durch Kornzange. Ein grosser stinkender Eiterherd entleert. Finger gelangt in einen nach oben abgeschlossenen Raum. Drainage mit dickem Drainrohr. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Abendtemp. 38,8.

5. IX. Temperaturen sind abgefallen. Patientin befindet sich wohl.

10. IX. Temp. 38,5. Drainageschlauch spontan herausgegangen. Erweiterung der Incisionswunde mittelst Kornzange. Massenhaft stinkender Eiter und Gasblasen entleert. Kein Darminhalt. Drainage wieder eingelegt.

Seitdem sind die Temperaturen abgefallen und in der ganzen folgenden Woche normal geblieben. Das Befinden der Patientin leidlich gut. Laparotomiewunde geheilt. Was den Abscess betrifft, keine bedenklichen Erscheinungen mehr. Stuhlgang (schwach), Winde. Darm noch etwas paretisch. Es ist Hoffnung vorhanden, Patientin in kurzer Zeit entlassen zu können.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen gewiss beachtenswerten Fall von Darmruptur bei einer mit ziemlicher Gewalt ausgeführten Selbsttaxis. Wenn nun auch die von der Patientin angewandte Gewalt nicht gering gewesen sein mag, so ist doch wohl ziemlich sicher auszuschlossen, dass dieselbe gross genug war, um einen frischen, völlig normalen Darm zu sprengen. Da aber gerade in der Nähe des Risses die Darmwand des eingeklemmten Stückes deutliche Spuren älterer Verwachsungen zeigte, so ist vielmehr anzunehmen, dass bei der energischen Reposition das Darmstück abgerissen wurde und hierbei ein Teil der verwachsenen Wand hängen geblieben und aus der Kontinuität des Darmrohres herausgerissen worden ist. Der durch die forcierte Taxis erstandene Darmwandriss hat jedoch nur eine äusserst geringe Menge von Darminhalt austreten lassen, und nur hierdurch ist der verhältnismässig günstige Verlauf und der Umstand zu erklären, dass nicht sofort die bedrohlichen Erscheinungen einer Peritonitis auftraten. Die geringe Menge ausgetretenen Darminhalts hat sich nach dem tiefsten Beckenabschnitt gewandt und zu einen Senkungsabscess geführt, wofür auch der bakteriologische Befund der Incisionsflüssigkeit spricht (Bacterium coli commune). Der Fall dürfte durch mancherlei vorhin erwähnte Momente, ferner durch den günstigen Verlauf, vor allem aber dadurch zu den Seltenheiten gehören, dass hier die Reposition, welche sofortige Darmruptur veranlasst hat, von der Patientin selbst ausgeführt wurde, während man dies sonst wohl bei einer

forcierten Taxis in Narkose hätte erwarten können. Es ist dem Verfasser kein ähnlicher Fall einer derartigen Selbsttaxis in der Litteratur begegnet.

Dagegen seien im Anschluss hieran vier andere Fälle von Darmverletzungen resp. Darmsprengungen bei eingeklemmten Brüchen erwähnt, die von Prof. Riedel in Jena veröffentlicht wurden:

1. Auguste G., 38 Jahre, aufgenommen 27. VI. 94. Pat. hatte seit längerer Zeit eine rechtsseitige Schenkelhernie, die aber immer leicht zurückging. Am 24. VI. verspürte sie auf einem Spaziergang nach einem höheren Berge plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Schenkelbeuge; sie musste nach Hause gefahren werden, brach während der Nacht sehr stark. Der zugezogene Arzt reponierte sofort den Schenkelbruch ohne Narkose; dies soll sehr leicht von Statten gegangen sein. Die Beschwerden wurden aber dennoch heftiger; es trat Kothbrechen auf; erst 4 Tage später wurde sie wegen eingeklemmter Hernie der Klinik überwiesen: Puls 120, klein; Leib aufgetrieben, auf Druck überall schmerzhaft, Därme vollständig ruhig; rechterseits kleinapfelgrosse weiche, kaum schmerzhafte Hernie.

Incision führt auf einen schwielig verdickten Bruchsack, dessen Wand circa 4 mm stark ist, kein Inhalt, Bruchsackhals verklebt. Nach vergeblichem Suchen nach einem etwaigen zweiten Bruchsacke neben dem eröffneten wird der Schnitt nach oben fortgesetzt und das Peritoneum freigelegt; bei Druck auf dasselbe fliesst wässerig trübe Flüssigkeit aus dem Bruchsackhalse ab;

jetzt wird letzterer gespalten, sofort entleert sich jauchige Flüssigkeit aus der Bauchhöhle; man kommt in einen weiten, durch Darmschlingen ausgekleideten Hohlraum nach dem kleinen Becken zu, aus dem sich fort und fort putride Flüssigkeit entleert. Untersuchung per rectum et vaginam ist erfolglos. Drain ins kleine Becken. Verband. Brechen dauert post op. fort. Nächsten Morgen 38,5. Puls unfühlbar. Exitus morgens 9 Uhr.

Obduktion: Allgemeine Peritonitis. In der Nähe der Bruchpforte liegt ein Paket Dünndarmschlingen, die durch alte Stränge mit einander verwachsen sind. Dicht daneben liegt eine freie Dünndarmschlinge, an deren Wand gegenüber dem Mesenterialansatze, vorn 1 cm, hinten 3 cm von demselben entfernt, ein markstückgrosser, rundlicher Defekt ist; aus dieser Öffnung fliesst permanent Koth ab. Wundrand des Darmes zeigt deutliche Demarkationslinie.

2. 49jähr. Mann, aufgenommen 17. VII. 87. Einklemmung einer grossen linksseitigen Schenkelhernie 20 Stunden zuvor. Pat. besteht auf Reposition; 2 Ärzte reponieren bald, nachdem die Einklemmung eingetreten war, in Narkose; Darm verschwindet anscheinend, kein Gurren. Rasche Schwellung des Scrotums unter zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Erbrechen, Auftreibung des Leibes. Bei der Aufnahme entzündliche Infiltration des Scrotums und der linksseitigen Unterbauchgegend; Puls frequent, kaum fühlbar. Incision ergiebt jauchigen Abscess im Bruchsacke und eine mit Fibrin bedeckte Darmschlinge; Perforation des

Darmes an erbsengrosser Stelle: Darmschleimhaut nach aussen gewulstet: Darm nach aussen genäht, in die zuführende Schlinge ein derbes Rohr. 20. VII. Unter zunehmenden Erscheinungen von Peritonitis Exitus letalis. Obduktion ergiebt allgemeine jauchige Bauchfellentzündung.

3. Sidonie V., 55 Jahre alt, aufgenommen 1. VII. 92. Seit 24 Jahren Bruch, ging stets zurück, vom Arzte reponiert; nie Bruchband getragen. Seit 3 Tagen Einklemmung, täglich Repositionsversuche, zuletzt in Narkose; viel Äther aufgeträufelt.

Status praesens: Kümmerliche alte Frau: 36,6 Temp., 84 Puls, regelmässig. Leib weich, sehr wenig aufgetrieben, unempfindlich. Links gut kinderfaustgrosser Schenkelbruch. Haut darüber an einigen Stellen verätzt. Bruch nicht sehr gespannt, aber empfindlich auf Druck.

Sofortige Operation. Zunächst findet sich eine faustgrosse, völlig abgeschlossene Cyste mit blutigem Inhalte, sodann präsentiert sich der auffallend dicke Bruchsack, nach dessen Incision jauchig stinkendes Bruchwasser abläuft. Darmschlinge tief schwarzrot, auf dem Gipfel feine Perforationsöffnung, aus der dünner Darminhalt ausläuft. Nach Spaltung des Bruchsackes wird der Darm vorgezogen: Schnürfurche mit Bruchsackhals leicht verklebt, unerheblich verändert, zuführende Schlinge wenig gestaut. Deshalb sofortige Resektion des Darmes beiderseits 5 cm von der Perforationsstelle entfernt; zweireihige Darmnaht mit feinster Seide. Re-

position gelingt erst nach weiterer Trennung der Bruchpforte. Bruchsack entfernt, nachdem der Bruchsackhals hinterstochen ist; Wunde tamponiert.

Das resecierte Darmstück ist rotschwarz, mit Fibrin bedeckt; Schnürfurche ohne Defekt.

2. VII. Kein Stuhlgang, kein Abgang von Winden, aber auch kein Erbrechen. Puls 104. Leib ziemlich empfindlich.

6. VII. Einmal erbrochen, aber Stuhlgang.

7. VIII. Nach fieberlosem Verlaufe geheilt mit strahliger Narbe. Stuhlgang regelmässig ohne alle Beschwerden; mit Bruchband entlassen.

4. Karl N., 46 Jahre alt, aufgenommen 18. XI. 93.

Seit frühester Kindheit rechterseits Leistenbruch; Bruchband nicht regelmässig getragen. In den letzten Jahren Bruch grösser geworden, unvollkommen durch Band zurückgehalten, Reposition durch Pat. selbst immer leicht. In letzter Nacht durch Husten Austritt des Bruches; Reposition gelingt nicht; warme Umschläge. Am nächsten Vormittage Reposionsversuche erst ohne, dann mit Chloroform. Als Pat. erwachte, hatte er statt der vorher über faustgrossen Bruchgeschwulst einen viel grösseren Tumor und intensive Schmerzen; einmal trat Erbrechen auf: er wurde sofort nach Jena transportiert, wo er 5 Uhr Nachmittags eintraf. Puls 110, Temp. 37,2. Beträchtliche Schwellung der ganzen Unterbauchgegend, die sich nach oben bis über den Nabel, seitlich etwas hinter die Spina aut., abwärts bis handbreit unter die Leistenbeuge erstreckt; Schwellung tief blaurot, Epidermis

in Fetzen abgehoben. Scrotum geschwollen, aber ohne fühlbaren Inhalt, dunkelblau. Im Centrum der Geschwulst entsprechend der Leistenbruchpforte tympanitischer Schall. 6 Uhr Incision: Sofort nach Trennung der Haut liegt Darm vor; man kommt in eine mächtige subkutane Höhle, in der circa $^{3}/_{4}$ Meter mässig aufgeblähten Dünndarmes liegt neben Blut und Blutgerinnseln. Bruchpforte losgerissen von ihrer Umgebung, aber selbst intakt, schnürt den Darm und einen mächtigen Netzstrang ein, dessen unterstes Ende bis zum Perineum hin dislociert ist. Der Bruchring schnürt den Darm ziemlich stark, trotzdem kann noch ein Finger neben demselben durchgeführt werden. Bruchsack überall zerrissen, setzt sich nach dem Scrotum hin fort und tritt an den freiliegenden, noch nicht haselnussgrossen Hoden heran.

Letzterer wird samt Samenstrang und dem zum Teil schon abgestorbenen Netze entfernt. Schnürfurchen des Darmes anämisch, aber sonst intakt. Schlingen selbst blauroth, zunächst ohne jede Bewegung, erholen sich anscheinend nach einiger Zeit; werden reponiert. Brandwunden durch Catgutnähte geschlossen. Hautwunde tamponiert.

19. XI. 36,9. 100. Winde sind abgegangen, leichte Schmerzen im Bauche. Abends bei 37,3. Puls 120.

20. XI. Nachts erhebliche Beschwerden, aber Stuhlgang, Bauch stark aufgetrieben bei 37,6. 112. Abends Puls klein.

21. XI. Morgens †. Obduktion ergiebt, dass beide Schnürfurchen gangränös sind, die obere ist perforiert.

Das eingeklemmte Darmstück (65 cm lang) gehört dem Ileum bis dicht über dem Coecum an; sein Mesenterium ist schwielig verdickt. Die Flexura sigm. ist zu einer bis ins rechte Epigastrium reichenden Schleife ausgedehnt, um 180° gedreht, so dass der abführende Schenkel da, wo er schon an sich durch Hinüberlaufen über den Winkelsprung der Linea innominata eine leichte Knickung erleidet, durch die unterliegende, äusserst stark geblähte Schlinge einen totalen Verschluss erhält. Jenseits dieser Stelle ist der Darm völlig leer, ganz kollabiert; der gesamte Darm bis zur Verschlussstelle enorm aufgebläht, blaurot gestaut. Allgemeine Peritonitis.

Von diesen vier Fällen wurde der zweite gerettet. Es wird hierzu bemerkt, dass die Darmschlinge mit dem Bruchsackhalse infolge der 3 Tage lang dauernden Einklemmung genügend fest verklebt war, sodass der putride Inhalt des Bruchsackes nicht in die Bauchhöhle einfliessen konnte.

Unter möglichst ungünstigen Bedingungen wurde in den anderen Fällen die forcierte Reposition gemacht. 2—10 Sekunden waren seit der Einklemmung verflossen, der Darm war am Bruchsackhalse noch nicht verklebt, sodass bei Fall 2 der Darminhalt nach Sprengung der Darmschlinge (erbsengrosses Loch) direkt in die Bauchhöhle laufen konnte.

Dass die Taxis, noch dazu forciert und in Narkose, grössere Gefahren involviert als die Herniotomie, welche schliesslich in der grösseren Mehrzahl der Fälle doch gemacht werden muss (dann natürlich oft zu spät!), ist

schon so häufig bemerkt, dass sich weitere Auslassungen erübrigen. Hingegen soll nochmals betont werden, in wie leichtsinniger Weise viele Patienten (meistens wird es natürlich der Arzt nicht zu wissen bekommen) selbst reponieren. Man sollte meinen, gerade bei der Selbsttaxis würde aus begreiflichen Gründen mit grösserer Vorsicht und geringerer Gewaltanwendung reponiert, und gerade hier müsste das Schmerzgefühl den Patienten vor den schlimmen Folgen einer gewaltsamen Reposition bewahren. Das trifft aber häufig durchaus nicht zu, und namentlich, wenn der Bruch schon lange besteht, sind die Patienten gewöhnlich sehr leichtfertig und ausserdem oft bei der selbst ausgeführten Taxis etwaigen Schmerzen gegenüber bei weitem unempfindlicher, als wenn die Reposition ohne Narkose von fremder Hand, von seiten des Arztes gemacht wird. Dieser Umstand im Verein mit den schon zu Beginn vorliegender Arbeit erwähnten Anschauungen mancher Patienten über Reposition und „Naturbehandlung" der Brüche sind wohl geeignet, dem praktischen Arzte besonders auf dem Lande manchmal recht unangenehm zu werden. Es ist unglaublich, was für Ansichten oft solche Bruchkranken haben und wie fest sie von deren Richtigkeit überzeugt sind.

Im Anschluss hieran ein ebenfalls von Riedel berichteter Fall:

Karl J., 37 Jahre alt, aufgenommen 11. IX. 91. Vor 8 Wochen Brucheinklemmung rechterseits, schliesslich spontane Perforation. Jetzt Lippenfistel über dem Lig. Poup., aus der sich fast der gesamte Darminhalt entleert; per rectum kommt wöchentlich höchtens einmal Stuhlgang.

15. IX. Spaltung der Haut nach oben. Sporn sitzt ungemein tief, sodass lediglich der seitliche Substanzverlust im Darme geschlossen zu werden braucht. Dann genügt der nach auswärts gezogene Teil des Darmes; nach Lösung desselben gelingt Naht in querer Richtung, Darm bleibt, ohne dass Vergrösserung der Bruchpforte nötig gewesen wäre, ruhig vor derselben liegen. Wunde durch Tampon geschlossen.

Reaktionsloser Verlauf; am 1. X. mit kleiner granulierender Wunde entlassen.

Riedel bemerkt hierzu: „Patient, ein verdrehtes Subjekt, hatte nur Naturärzte konsultiert; wie lange die Einklemmung gedauert hatte, das war nicht aus ihm herauszubringen; jedenfalls hatte er mehr Glück als Verstand; die Naturheilung gelang. Hoffentlich machen nicht andere Kranke mit Darmwandbruch dasselbe Experiment an sich, es hat schon so mancher vergebens auf „Naturheilung“ gehofft; rechnen müssen wir aber auch mit dieser Thorheit, die nicht bloss von Laien, sondern auch von einzelnen älteren Ärzten gepflegt und selbstverständlich auch auf Totalbrüche übertragen wird. Habe ich doch nicht weniger als 4 Mal erlebt, dass man Kranke mit eingeklemmten Brüchen (1 Leisten-, 2 Schenkel- und 1 Nabelbruch) der „Natur“ überlassen hatte; 3 gingen zu Grunde, der vierte, ein 7jähriger Knabe, dessen Vater als kluger Barbier jede Operation abgelehnt hatte, wurde mit Mühe und Not durch ausgiebige Resektion seines mehrfach perforierten Darmes (Leistenbruch) geheilt. Denken könnte man, dass der

Glaube an Naturheilung vorwiegend entstanden ist durch die spontane Heilung von perforierten Darmwandbrüchen: man muss es also eigentlich bedauern, dass solche Spontanheilungen möglich sind, weil daraus unrichtige Schlüsse für gangränöse Totalbrüche gezogen sind: letztere werden nie spontan ausheilen.“

Zum Schluss meiner Arbeit noch einige Worte über die Statistik und die Resultate der Herniotomie mit besonderer Berücksichtigung solcher Fälle, wo vorher forcierte Repositionsversuche gemacht worden waren. Man wird immer finden, dass ungünstige Resultate, welche die Herniotomie ergab, sich fast ausnahmslos auf solche Fälle mit unglücklichen forcierten Repositionsversuchen oder anderweitigen Verschleppungen und Komplikationen beschränken (vgl. unter vielen anderen Carl Böttcher, „Über die in der Greifswalder Klinik im Etatsjahre 1890/91 vorgekommenen Fälle von Herniotomie“) wenn dies auch in den älteren Berichten viel zu wenig betont wird.

Mancherlei Komplikationen mögen nicht zu verhüten sein, die Folgen einer forcierten unglücklichen Taxis kann man aber auf jeden Fall vermeiden, indem man einfach eine forcierte Reposition überhaupt nicht macht, sondern gleich zur Herniotomie schreitet, wenn der Bruch sich nicht mit einem gewissen Maass von Gewalt reponieren lässt. Und ausserdem, wie häufig scheint nicht die Reposition gelungen, wo dies keineswegs der Fall ist. Ein sehr verdächtiges Zeichen ist es schon, wenn das charakteristische Gurren bei der Reposition ausbleibt, man möge dies ja beachten!

Die Mortalitätsziffer der Herniotomie bei unglücklich reponierten und bei rechtzeitig operierten Fällen steht durchschnittlich im Verhältnis 30 : 1, bei Darmwandbrüchen 80 : 1.

Der einzig richtige Weg bei eingeklemmten Brüchen, die sich mit einiger Mühe nicht reponieren lassen, ist also die rechtzeitige Herniotomie. Bei dem heutigen Stande der Operationstechnik liegt sogar eine gewisse Berechtigung darin, wenn man verschiedentlich empfohlen hat, überhaupt nicht zu reponieren, sondern die bestehende Einklemmung zu benützen, um den Patienten durch die Radikaloperation dauernd von seinem Bruchleiden zu befreien.

Im Besonderen bin ich Herrn Prof. Tilmann für Überweisung der Arbeit und Unterstützung bei derselben zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf.

Arthur, Ludwig, Konstantin Thielert, geb. den 31. Dezember 1873 in Marienfelde bei Marienwerder, Provinz Westpreussen, als ältester Sohn des königlichen Rentmeisters G. Thielert, besuchte die Gymnasien zu Waldenburg und Wohlau in Schlesien, genügte nach bestandenem Abiturientenexamen seiner Militär-Dienstpflicht und bezog Ostern 1893 die Universität Breslau, woselbst er bei der medizinischen Fakultät eingetragen wurde. Im Wintersemester 1894/95 bei der Universität zu Greifswald immatrikuliert, bestand er dort im Sommer 1895 die ärztliche Vorprüfung und am 13. August 1897 das Tentamen rigorosum.

Zu seinen Lehrern durfte er zählen die Herren Professoren und Privatdozenten:

In Breslau:

Born, Chun, Hasse, Heidenhain, Ladenburg, Meyer, Ponfick.

In Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Busse, Grawitz, Helferich, Holtz, Hoffmann, Landois, Löffler, Müller, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, allen meinen hochverehrten Lehrern an dieser Stelle ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Bei Darmwandbrüchen ist energische Taxis contraindiciert.

II.

Bei Scoliose muss gerade das allererste Anfangsstadium von Seiten der Eltern, der Lehrer und des Hausarztes mehr beachtet werden, als es leider gewöhnlich der Fall ist.

III.

Das Diphtherieheilserum ist ein Mittel, welches alle anderen bei der Diphtherie versuchten Massregeln an Wirksamkeit wesentlich übertrifft.